**Fiche santé individuelle**

À compléter par les parents, représentant légal **ou membre majeur** au début de chaque année scoute, avant le camp, la formation et le début des activités scoutes.

**Cette fiche a pour objectif d’être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.**

**N’hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.**

**Identité du participant**

Nom :................................................................................Prénom:.......................................................................

Né(e) le …………………………………...

Adresse : rue ......................................................................... n° ..................................bte................................

Localité : ............................................................................CP : ........................Pays :.......................................

Tél. /GSM :........................................ Email : .......................................................................................................

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom :  Lien de parenté :  Tél. / GSM :  Email :  Remarque(s) : | Nom et Prénom :  Lien de parenté :  Tél. / GSM :  Email :  Remarque(s) : |

**Médecin traitant**

Nom et prénom : .........................................................................................................................................

Adresse : .....................................................................................................................................................

Tél. / GSM : ..................................................................................................................................

**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

Le participant peut-il prendre part aux **activités** proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade…) □ NON □ OUI  
........................................................................................................................................................................................

Raison d’une éventuelle non-participation .....................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

Le participant sait-il **nager** ? □ Très bien □ Bien □ Moyennement bien □ Difficilement □ Pas du tout

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l’activité/ du camp ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental…) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.................................................................................................................................................. ........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu’a dû subir le participant ? (+ années respectives) ? (rougeole, appendicite…) ......................................................................................................................................  
........................................................................................................................................................................................

Le participant est-il en ordre de **vaccination contre le tétanos** ? □ NON □ OUI

Date du dernier rappel : .......................................................................................................................................

Le participant est-il **allergique à certaines substances, aliments ou médicaments** ? □ NON □ OUI

Si oui, lesquels ? .................................................................................................................................................

Quelles en sont les conséquences ? .........................................................................................................................

A-t-il un **régime alimentaire particulier** ? Si oui, lequel ? ........................................................................................

...................................................................................................................................................................................

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…). : .......................... ....................

........................................................................................................................................................................................

Le participant doit-il **prendre des médicaments quotidiennement** ? □ NON □ OUI

Si oui, lesquels .................................................................................................................................................... ...........

En quelle quantité ? ........................................ ...............................................................................................................

Quand ?........................................................................................................................................................... ...............

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? □ NON □ OUI *(nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)* ..................................................................................................................

Les médicaments apportés doivent être accompagnés d’une prescription médicale. Idéalement, ils seront préparés dans un semainier avec le nom le jour et l’heure. Les instructions précises d’administration accompagneront les médicaments. En cas d’absence de prescription médicale, une autorisation parentale pour l’administration de ces médicaments doit être fournie. Un modèle est disponible sur lesscouts.be.

**Remarques**

*Les animateurs disposent d’une boite de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l’attente de l’arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).*

*« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J’autorise le médecin local à prendre les décisions qu’il juge urgentes et indispensables pour assurer l’état de santé de l’enfant, même s’il s’agit d’une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.*

Date et signature du parent Date et signature du parent

*Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu’à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l’article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n’est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n’est ouvert.*